

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Marie Madeleine LESENNE, née MÉCHAIN

Née le 24 Mars 1914, à Angoulême (Charente).

**Contribution à l'Etude
des Méningococcémies
à forme pseudo-palustre**

Président: M. TANON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine 23,
1939

١٥

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Marie Madeleine LESENNE, née MÉCHAIN

Née le 24 Mars 1914, à Angoulême (Charente.)

**Contribution à l'Etude
des Méningococcémies
à forme pseudo-palustre**

Président: **M. TANON**, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, Rue de l'Ecole de Médecine, 23

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCOUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER ...		de GAUDART ..	
DONZELOT		d'ALLAINES ..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) .		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE ..			
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES GRANDS-MERES

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*En hommage de respectueuse
gratitude pour le grand honneur
qu'il nous a fait d'avoir bien vou-
lu présider notre thèse.*

A NOTRE MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MORICHAU-BEAUCHANT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Professeur de Clinique Médicale

à l'Ecole de Médecine de Poitiers

*En hommage de respectueuse
gratitude pour son enseignement
et ses conseils pendant nos années
d'étude passées dans son service.*

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE POITIERS

A NOS MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Contribution à l'Etude des Méningococcémies à forme pseudo-palustr

INTRODUCTION

La forme pseudo-palustre est une forme relativement fréquente des septicémies à méningocoques. En pratique courante cependant les cas sont rares. Cela tient à ce que souvent ils ne sont pas diagnostiqués, ou sont étiquetés rougeole, rhumatisme, paludisme. Ceci se comprend d'autant mieux que, dans cette forme, la guérison survient presque toujours.

Si nous avons été intéressé par ce cas que nous avons pu observer, c'est que, non seulement il s'agissait d'une septicémie à forme pseudo-palustre dont le germe n'avait pu être déterminé bactériologiquement que tardivement lors d'une complication, mais encore les signes cliniques étaient incomplets, ce qui ne facilitait pas les recherches.

Après un aperçu sur l'historique de la question, nous étudierons les symptômes de cette affection, les formes cliniques, le diagnostic différentiel. Puis nous étudierons spécialement un cas de septicémie à méningo et sa thérapeutique.

HISTORIQUE

Si WEISCHELBAUM découvrit en 1887 le méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien, ce n'est qu'en 1898 qu'OSLER le mit en évidence dans le sang pour la première fois.

Il faudra attendre jusqu'en 1902 — SALOMON et 1903 — WARFIELD et WALKER, pour trouver les premières observations de septicémies à méningocoques.

Depuis FOLLET et SACQUEPÉE en 1906 — CHEVREL et BOURDINIÈRE en 1910 — HISSARD en 1920 qui en a réuni 36 cas, chaque année les observations se succèdent : en 1930 CODRÈLLE et FERRABOUC en ont 12 cas, VIGNES un cas, ROGER et POURSNIES un cas.

Les observations ne sont donc pas rares, et l'intérêt d'un nouveau cas pourrait paraître assez minime si justement chaque cas ne se différenciait des autres et n'était vraiment un cas particulier.

NOTIONS CLINIQUES

Cependant si l'on étudie la symptomatologie de cette affection, on reste surpris devant sa simplicité. Tout repose sur le « trépied méningococcémique » de CARNOT.

De quoi se compose ce trépied? Des trois signes suivants : fièvre, éruption, douleurs articulaires.

La fièvre est un signe important, mais combien banal. Toutes les septicémies s'accompagnent d'élévation thermique. Mais justement ici la fièvre affecte un type particulier : le type pseudo-palustre. C'est dire que la ressemblance entre la septicémie à méningocoque et le paludisme serait parfaite si l'on ne s'occupait que de la température.

Cette fièvre débute par de grands frissons durant plusieurs heures, le malade claque des dents, le corps parcouru par des secousses violentes, puis une sensation de chaleur intense succède à la sensation de froid, des sueurs abondantes obligeant à changer le malade terminent l'accès.

La période d'acmé fébrile est en général plus longue que dans les accès paludéens. les accès se produisent suivant les différents types : tierce, quarte, intermit-

tent. Toutes ces modalités son possibles, et rien n'est significatif.

Si la température est un signe important et qui ne manque jamais, on accorde la première place aux éruptions cutanées qui sont un signe majeur des méningococcémies. Cependant elles peuvent manquer ou être très discrètes, ce qui enlève une base sérieuse pour établir le diagnostic.

Surtout ces éruptions affectent des formes variées, soit purpurique, soit hémorragique avec malloena et hématuries. Fréquemment on observe un érythème rubéoliforme, soit à caractère maculeux sur tout le corps, soit papuleux sur les flancs, les membres, ce qui serait plus habituel. On a même signalé des formes simulant la varicelle et l'érythème noueux.

Le dernier caractère est moins fréquent : ce sont les arthrites. Le méningocoque touche moins les articulations que le gonocoque. Mais cela peut se produire et aboutir à des arthrites purulentes avec rougeur, œdème, douleur. Elles sont moins graves que les arthrites à gonocoques puisqu'elles guérissent très bien par ponctions et injections de sérums. Un point particulier, ces arthrites ne touchent jamais l'articulation sterno-claviculaire.

Si les arthrites manquent souvent, les myalgies sont souvent signalées.

Ces données cliniques nous amènent à passer brève-

ment en revue les différentes formes de septicémies à méningocoques.

Pendant longtemps elles ont été confondues, il a fallu attendre jusqu'au XIX^e Congrès de Médecine en 1927 pour voir DE LAVERGNE proposer une classification simple, exacte et que tout le monde a adoptée.

Celui-ci a distingué d'abord, la septicémie méningococcique associée à la méningite de la septicémie méningococcique sans méningite. Les premières surviennent au cours des méningites, ce sont des cas graves, mortels, donnant de multiples localisations. Les deuxièmes nous intéressent davantage, car nous en trouvons trois variétés dont la forme pseudo-palustre.

D'abord la forme purpurique qui se manifeste toujours d'une façon aiguë.

Le sujet adulte est pris brusquement de frissons, de malaises. L'éruption apparaît deux ou trois heures après. Souvent s'ajoute un syndrome méningé.

Cette forme est rapidement mortelle, se terminant dans le coma ou par un œdème aigu du poumon. Certains amettent qu'il y aurait une insuffisance surrénale aiguë.

Puis on a décrit une forme typhoïde.

C'est aussi une forme grave, avec syndrome méningé entraînant la mort. Cette variété est surtout intéressante au point de vue du diagnostic différentiel.

Enfin la forme pseudo-palustre simulant l'atteinte de

l'organisme par l'hématozoaire de Laveran est la plus fréquente et la moins grave.

Les épisodes méningés peuvent survenir dans 50 % des cas comme complications de cette forme. C'est donc un élément utile à connaître et à rechercher si les manifestations sont frustes. On a pu ainsi mettre le méningocoque en évidence dans du liquide céphalo-rachidien purulent alors qu'il n'y avait aucun signe clinique de méningite.

Le diagnostic est, par le fait qu'il existe différentes formes cliniques, difficile.

Le diagnostic positif repose donc, comme nous l'avons vu, sur le répiéd méningococcémique de CARNOT. Il serait évidemment très facile à établir si ces signes n'étaient pas susceptibles d'être très discrets ou même d'être absents. Les examens de laboratoire peuvent être eux aussi négatifs. Chacun sait la fragilité du méningocoque.

En plus la question est rendue plus complexe du fait des diverses affections qui se rapprochent de la méningococcémie pseudo-palustre.

Si l'épisode méningé est concomittent ou précède la septicémie tout est simplifié. Il ne viendrait pas à l'idée qu'il pourrait y avoir une association microbienne se fixant l'un sur les méninges, l'autre restant dans le courant circulatoire. C'est toujours le même méningoco-

que qui est en cause, et qui donne septicémie et méningite.

Plus difficiles sont les cas où la septicémie joue seule, et les erreurs les plus diverses sont trouvées.

Dans la forme pseudo-palustre le diagnostic différentiel se pose d'abord avec le paludisme. Il est certain que dans des régions impaludées on peut être embarrassé, l'allure de la fièvre affectant les types divers des fièvres paludéennes. Là encore le laboratoire viendra en aide au praticien, et l'utilité de rechercher l'hématozoaire est aujourd'hui prouvée. Les autres signes cliniques — éruptions, douleurs, — manquent dans le paludisme, donc il faudra y penser d'autant plus que la symptomatologie est moins nette.

La septicémie à gonocoque se rapproche de celle à méningocoque. La température prend le type intermittent, les accès reviennent toutes les 24 heures parfois. La période fébrile dure de 12 à 24 heures avec frissons, sueurs, et bon état général conservé entre les accès. Cette septicémie donne souvent des arthrites purulentes graves : le gonocoque est facilement trouvé.

L'endocardite rhumatismale a elle aussi une température qui s'élève en clocher au moment des poussées, avec sueurs profuses.

Le rhumatisme articulaire aigu dans sa forme prolongée récidivante retouchant les articulations déjà atteintes peut conduire à faire des erreurs.

L'érythème noueux avec ses éruptions douloureuses peut faire hésiter, mais en général la température est peu élevée.

A côté de ces diagnostics importants, il faut citer les erreurs possibles avec :

La fièvre de Malte qui s'accompagne en effet de sueurs, douleurs, la température a un caractère spécial, c'est le type ondulant, chaque acmé fébrile étant précédée d'oscillations ascendantes et suivie d'oscillations descendantes. Seulement cette température peut présenter toutes les modalités, devenir intermittente, « fièvre folle » de SHOULL, et simuler une méningococcémie pseudo-palustre.

On peut encore discuter avec le typhus exanthématique qui lui, s'accompagne d'éruptions. La fièvre récurrente et la fièvre bilio-septique.

La durée de cette affection est variable, mais jamais courte : 3 mois BRAY — 83 jours BOULANGER — PILET — 100 jours REBIÈRE HERBERT BLOCH — LEMIERRE et PIEDELIÈVRE 1922 citent le cas suivant : un malade ayant une forte température sans signe méningé, sans examen de laboratoire positif, ce malade guérit à peu près sans thérapeutique spécifique, et 7 mois après fait une méningite à méningocoque B dont il meurt. L'infection se serait donc prolongée plus de 10 mois après être passée par une période latente où le malade avait retrouvé une santé à peu près normale.

Malgré cette longue durée, l'état général reste assez bon entre les accès fébriles.

Dans cette forme, la guérison est la règle, la mort survient dans les cas se compliquant d'une méningite.

Les conditions de contagion sont difficiles à fixer. On a bien observé des septicémies à méningocoques dans des régions où sévissaient des épidémies de méningite à méningocoque, mais il y a aussi septicémie sans foyers de méningites.

Le méningocoque pénètre par le rhinopharynx, et donne comme première manifestation une rhino-pharyngite localisée à l'amygdale pharyngée. Cette première atteinte commanderait l'infection du sang et des méninges. « Les phénomènes anatomo-cliniques qui lui sont consécutifs se résument dans la septicémie méningococcique et la méningite cérébro-spinale qui ne sont en réalité que des complications ». (DOPTER).

NETTER, RIBIERRE, HÉBERT et BLOCH soutiennent que ces méningocoques subsistent dans des « gites paraméningés » — gaines lymphatiques périvasculaires et périnerveuses, plexus choroïdes. — Les germes iraient, soit dans le sang en donnant des accès fébriles, soit dans la voie sous-arachnoïdienne en donnant des méningites.

Pour REILLY, il y aurait des phlébites parcellaires des veines profondes de la face, d'où envahissement du cours sanguin.

Les examens de laboratoire sont importants pour assurer le diagnostic clinique.

Il faudra s'entourer de toutes les précautions habituelles, le méningocoque étant fragile, difficile à cultiver, ne supportant ni le froid, ni la dissécation.

A l'examen direct on ne trouvera jamais le méningocoque; il est en trop petit nombre. La culture se fera sur gélose ascite avec le liquide céphalo-rachidien, sur bouillon ascite avec le sang. Le microbe isolé, on le différenciera par l'épreuve des sucres, puisqu'il fait fermenter le glucose et le maltose et non le lévulose.

L'intérêt est de rechercher à quelle race appartient le méningocoque. Certaine étant plus rare : D, d'autres variant suivant les épidémies.

OBSERVATION PERSONNELLE

Nous allons présenter maintenant après ces quelques notions cliniques, l'observation que nous avons prise durant notre internat à l'Hôtel Dieu de Poitiers dans le service du Docteur MORICHAU-BEAUCHANT.

En recherchant dans les observations des malades accumulées depuis plus de 15 ans, nous nous sommes aperçus que jamais on n'avait mentionné un cas analogue. Si les méningites C. S. sont fréquentes dans la région, principalement le long de la Vienne où il semble qu'il y ait une véritable endémie, les méningococcémies sont des cas exceptionnels. Peut-être le méningocoque serait-il prédisposé à se fixer sur les méninges.

Monsieur Marcel O... ouvrier mécanicien entre à l'Hôtel Dieu le 31 juillet 1938 avec le diagnostic vague et imprécis d'asthénie et d'amaigrissement.

Cet homme âgé de 50 ans raconte qu'il est malade depuis plus d'un mois. Etant mécanicien sur un cylindre à vapeur employé à refaire les routes, il reste exposé au soleil et pour se désaltérer boit fréquemment l'eau des ruisseaux. Déjà il se sent fatigué, il est courbaturé et perd l'appétit.

Puis brusquement son état l'inquiète.

En effet dans la nuit du 30 juin vers les quatre heures du matin, il est secoué de grands frissons qui se prolongent pendant près d'une heure. avec claquements de dents, secousses dans tous les membres. A ces frissons succèdent des sueurs abondantes qui obligent à le changer. Puis il se trouve mieux, ressent une sensation de bien-être et finalement s'endort.

Mais au réveil, il constate qu'il a un fort mal de gorge « j'avais l'impression d'avoir un manche à balai dans la gorge ». Cette douleur tenace siégeait d'abord à gauche s'accompagnant d'une impossibilité d'avaler sans réveiller la douleur. Puis la douleur s'étend à toute la gorge.

Le lendemain la douleur persiste, mais s'atténue et a disparu complètement en 4 à 5 jours.

Pendant cette angine et durant quelques jours par la suite il a eu des nausées, sans vomir, et de la céphalée tenace avec une légère constipation. Il a également remarqué qu'un noevus pigmentaire situé à la racine de la cuisse gauche face interne disparaît par squames.

Le 5 juillet, il veut reprendre son travail, mais il ne peut pas le faire plus d'une demi-journée tellement il se sent fatigué.

On lui conseille de se faire faire des injections de cacodylate. Les 6 piqûres ne donnent aucun résultat. La nuit, il transpire beaucoup entre 2 et 6 heures du matin, avec parfois quelques frissons mais peu violents. Il con-

tinue à avoir une céphalée en casque tenace avec maximum aux tempes. Il a une polyurie marquée avec polydypsie concommittente. A ce moment là on craint un début de congestion cérébrale par insolation.

Il se lève, se promène chez lui, dans la rue même, mais ne peut travailler étant tout de suite fatigué. Il a maigri depuis un mois et son état l'inquiétant, on le fait entrer à l'Hôtel Dieu.

Durant toute cette période, il n'a jamais pris sa température.

Le malade arrive à l'Hôtel Dieu à pied pour s'y faire hospitaliser. Il se sent fatigué, aussitôt couché on lui prend sa température, il a 37°2.

Le lendemain 1^{er} août, il sent bien, mais le thermomètre est à 40°. Il est examiné à ce moment là.

C'est un homme fort, malgré son amaigrissement des dernières semaines. Il a eu la typhoïde suivie d'une congestion pulmonaire pendant la guerre. En 1925, il a fait du rhumatisme articulaire aigu avec prédominance du côté droit, et depuis cette époque est bien portant.

L'examen détaillé des divers appareils ne révèle rien de particulier. L'examen de la gorge ne montre pas de traces d'escharres pharyngés. La T. A. est de 12-8. Les urines contiennent de faibles traces d'albumine, sans sucre. L'examen attentif de la peau ne révèle aucun éruption. Lui-même n'en a pas remarqué.

Avec si peu de signes on conclue à une septicémie de cause inconnue.

L'après-midi du 1^{er} août, il est pris de grands frissons qui secouent le lit, avec sueurs abondantes qui obligent à changer deux fois son matelas.

Le 2 au matn, la température est de 37° et le 3 à 40°5 après avoir eu des frissons toute la nuit.

La température se maintient en faisant des oscillations jusqu'au 9 août où elle tombe à 37°2 après trois jours de traitement par le Rubiazol. Le traitement est continué.

Le 7 août, une hémoculture est négative.

Pendant cette période, il a ressenti des douleurs articulaires généralisées, sans qu'il y ait eu augmentation de volume de l'articulation.

Il s'est plaint également de douleurs dans les muscles. Ces douleurs s'atténuent après les frissons et les sueurs, et après ces crises il ressent un grand bien-être.

Malgré le Rubiazol, le 13 au soir, la température est à 40°6 et à 36°8 le lendemain matin. Le 13 il y a eu une deuxième hémoculture dont le résultat sera négatif.

La température remonte, mais oscille autour de 38° — 39° sans grandes oscillations comme au début. Le malade est traité par la Septicémine. Mais brusquement le 23 au matin 40°5. Il se plaint de céphalées et de douleurs dans la nuque. Le soir 39°6. Le 24, 37° et 37°6 mais le 25, 39° et 40°7. Le 26 redescend à 36°8 et le 28 atteint encore 40°.

Devant cette allure thermique, on pense au paludisme et on administre la quinine. Le 1^{er} septembre, la température tombe et ne remonte plus en flèche.

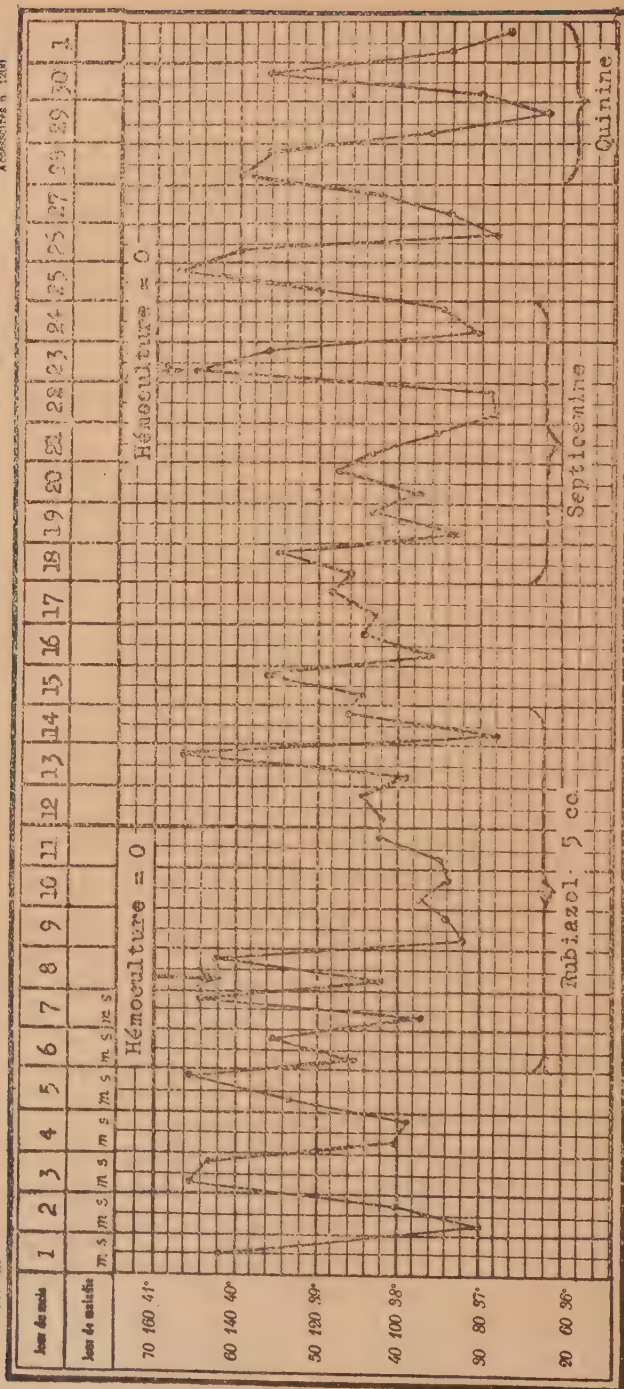
Le 5 septembre, se plaint à nouveau de violentes douleurs dans la nuque, sans aucune raideur. Mais le 6, raideur très prononcée et signe de Kernig bilatéral. En même temps, céphalées violentes, température à 40 °, état nauséeux, constipation.

Devant ce tableau clinique, on pose le diagnostic de méningite, et la ponction lombaire montre une tension normale au manomètre de Claude et ramène un liquide trouble contenant du pus. Immédiatement examiné etensemencé. Le laboratoire donne le lendemain la réponse suivante : méningo A.

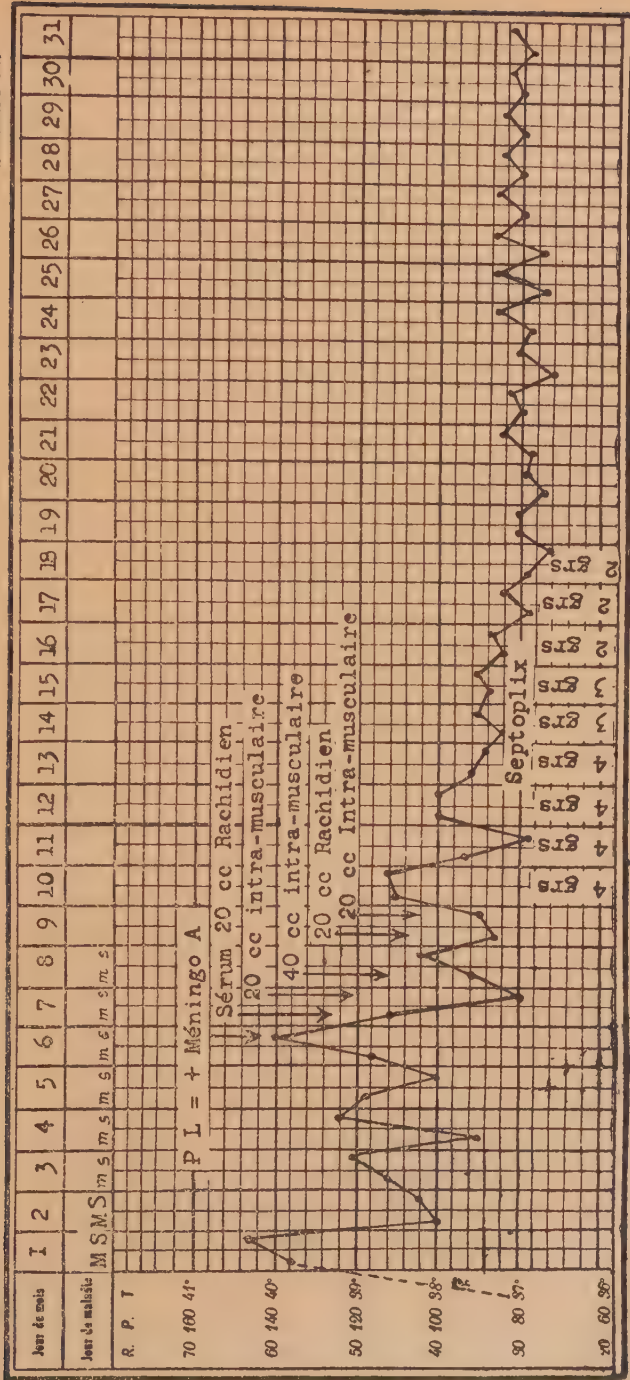
Dès lors on tente une thérapeutique par le sérum polyvalent en injections intra-rachidiennes et intra-musculaires. L'amélioration est très légère, le liquide étant toujours purulent.

On décide alors de mettre le malade au Septoplix, 4 gr. par jour, et on obtient la guérison. En effet le 16 septembre, la dernière ponction lombaire a permis de retirer un liquide clair, sans germe pathogène.

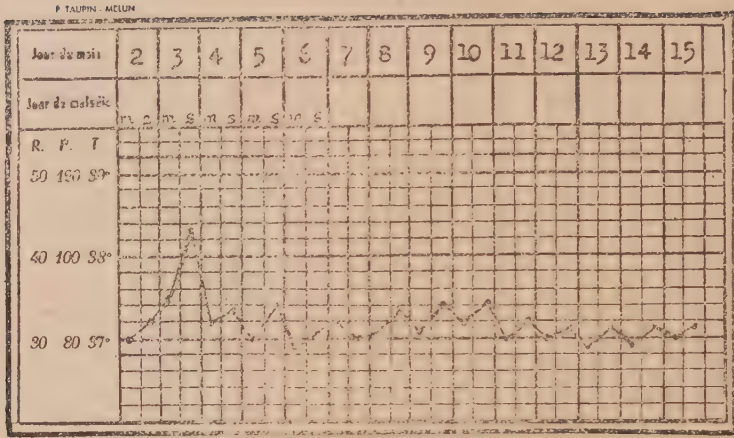
La température est autour de 37°, elle s'y maintient jusqu'au 2 octobre, puis remonte à 38°. Mais à ce moment là, le malade se plaint d'une névralgie dans la cuisse, dans le territoire du sciatique et du crural gauche. Il y a de la douleur provoquée et de la contracture du droit



Courbe du mois d'Août



Courbe du mois de Septembre



Courbe du mois d'octobre

antérieur, pas de Lasègue. Après quelques jours de traitement par l'Aspirine tout rentre dans l'ordre et M. O... sort entièrement guéri le 15 octobre après avoir repris du poids.

THERAPEUTIQUE

Si les affections à méningocoques sont justiciables d'un grand nombre de méthodes thérapeutiques, c'est que, précisément aucune n'est spécifique. Pour les uns le même traitement donne des résultats parfaits, pour les autres ce sera l'échec complet. On ne peut donc être affirmatif, surtout si l'on se souvient que cette forme de septicémie a une tendance naturelle à guérir. La thérapeutique s'impose cependant pour en abrégier la longue durée et pour éviter les complications méningées qui sont graves et même mortelles.

Toutes les thérapeutiques ont donc été essayées, et suivant les auteurs ont été très efficaces ou pas du tout.

La sérothérapie par le sérum antiméningo paraissait trouver là une indication particulière, or il y a eu plus d'échecs que de bons résultats, sans que l'on puisse incriminer le sérum lui-même. Ces échecs seraient dûs plutôt à l'existence de nouvelles races de méningocoques résistant au sérum. Cependant les résultats obtenus seraient meilleurs si le sérum est fait en injection intra-rachidienne comme on a pu le constater dans les cas compliqués de méningite. Dans ce cas en effet, le sérum serait

porté dans les « gites rachidiens » du méningocoque et serait plus efficace.

La vaccinothérapie a donné de bons résultats, surtout si l'on emploie les auto-vaccins.

A côté de ces deux thérapeutiques, on a employé, dans la méningococcémie, tous les traitements des septicémies.

D'abord les méthodes de choc, qui donnent des résultats très divers suivant les individus. Pour déclencher ce choc on a recours soit au lait, soit à la peptone, soit à une émulsion microbienne. C'est une méthode très délicate à employer. On ne sait pas encore exactement ce qui se passe dans l'organisme, et il y a impossibilité de doser les effets.

L'endoprotéinothérapie fut vantée par REILLY qui en a obtenu de bons résultats.

Enfin la chimiothérapie a aussi été essayée. D'abord sous forme de Septicémine, d'argent, sans que l'on ait eu des résultats probants.

Les colorants : jaune d'acridine, bleu de Trypan, ont permis d'obtenir de meilleurs résultats. Puis les derniers venus, les sulfamides, sont employés avec succès dans les septicémies.

C'est en 1935 que DOMACK publia ses travaux sur la sulfamidochrysoïdine. FOURNEAU et son école ont trouvé que ce n'était pas la fonction azoïque de ce corps qui était active, mais le groupement amino-phényl-sulfamide.

Ce groupement est peu toxique, et actif non seulement vis-à-vis du streptocoque, mais aussi du pneumocoque, gonocoque, colibacille, Eberth, et ce qui est intéressant pour nous, du méningocoque.

Les anglo-saxons BRITTLE et PROOM furent les premiers à l'utiliser d'une manière expérimentale vis-à-vis du méningocoque. Depuis, la sulfamidothérapie fut employée avec succès dans de nombreux cas de méningites et de septicémies à méningocoques, surtout chez les jeunes enfants d'abord par les américains ZENDEL et GREENBERG en 1937. Il semble que l'on retire le maximum de succès en associant le sérum et la sulfamide.

Notre malade a eu un peu de tous les traitements, mais c'est au Septoplix (para-amino-phényl-sulfamide) qu'il doit sa guérison.

Il a eu en effet du Rubiazol 5 cc. qui s'est montré inefficace. puisqu'il a eu un crochet à 40°8 pendant le traitement.

La Septicémine qui paraissait avoir donné de meilleurs résultats, au bout de quelques jours s'est révélée sans effet.

La Quinine a été employée bien que la recherche de l'hématozoaire soit restée négative, et son résultat fut nul.

Les antithermiques comme le pyramidon agirent en sens contraire en augmentant la production de la sueur.

Le sérum antiméningococcique qui fut employé dès l'apparition des signes méningés et la présence du ménin-

gocoque dans le liquide céphalo-rachidien, n'a pas modifié sensiblement l'allure de la courbe thermique. Ce sérum fut injecté, le 1^{er} jour 20 cc. intra-rachidien et 20 cc. intra-musculaire, le 2^e jour 40 cc. intra-musculaire, le 3^e jour 20 cc. intra-rachidien et 20 cc. intra-musculaire, le 4^e jour 30 cc. intra-musculaire, le 5^e jour 20 cc. intra-rachidien en même temps que le malade absorbait par voie buccale 4 gr. de Septoplix.

Dès ce moment la sérothérapie est abandonnée, le malade prend 2 jours 4 gr. de Septoplix par doses fractionnées, 1 comprimé de 0 gr. 50 toutes les 2 heures. La dose est ramenée à 3 gr. pendant 2 jours. Déjà la température est autour de 37°. Pendant 2 jours encore on donne 2 gr. de Septoplix, et le malade étant devenu franchement apyrétique toute thérapeutique est suspendue.

Il semble donc que le Septoplix a été le meilleur anti-infectieux et a permis rapidement d'obtenir un liquide céphalo-rachidien stérile.

CONCLUSIONS

Cette observation de méningococcémie pseudo-palustre est un cas banal, qui peut se présenter et laisser le praticien embarrassé.

Il nous a semblé intéressant parce que, atypique dans ses symptômes, il n'en conserve pas moins une évolution normale vers la complication habituelle et fréquente, la méningite.

C'est elle qui nous a permis de faire le diagnostic, mais il aurait été préférable de l'éviter.

N'y aurait-il pas intérêt à pratiquer une ponction lombaire lorsque, dans une septicémie de cause inconnue, le microbe ne peut pas être mis en évidence dans le sang? Peut-être beaucoup de diagnostics mal assurés prendraient-ils des orientations différentes.

Les méningococcémies ne sont pas des septicémies rares si l'on sait bien les rechercher.

Vu le Doyen

Pour le Doyen :

L'ASSESEUR

BAUDOUIN

Vu

Le Président de Thèse :

TANON

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

SEPTICEMIE A MENINGOCOQUES FORME PSEUDO-PALUSTRE

- AMIRE (G.), MELNOTTE (P.) et ACCOYER. (H.). — Ménin-
gococcémie type pseudo-palustre à forme lente.
Guérison. (*Soc. méd. de Nancy*. Sce du 11 mai
1938 in : *Rev. méd de Nancy*, n° 14 et 15 juil-
let 1938, p. 652).
- BRETTE (P.). — L'infection méningococcique à type de
fièvre intermittente. (*Thèse de Lyon*, 1918).
- CALABRESI (C.). — Infezione da meningococco-sepsi a
febbre intermittente pseudo-malarica. (*Riforma
med* : 48 : 779-784), 21 mai 1932).
- CODVELLE et FERRABOUC. — Contribution à l'étude des
septicémies à méningocoques. (*Rev. Méd franç.*
1930, p. 707-719).
- COUZI. — Etude de deux cas de méningococcémies à for-
me pseudo-palustre (méningocoques). (*Thèse de
Bordeaux* 1934-1935).
- DARBANS. — Contribution à l'étude de la septicémie mé-
ningococcique à forme de fièvre intermittente.
(*Thèse de Paris*, juillet 1927, n° 74).
- DARRE, ALBOT, BERDET, LAFAILLE. — Chimiothérapie de
la septicémie méningococcique subaiguë (forme

- pseudo-palustre par les injections intra-veineuses de trypaflavine). (*Soc. de Biol.*, 15 décembre 1928).
- GOUDSMIT (J.). — Case of pseudo-malaria in meningococcic septicemia. (*Nederl. Tijds. v. geneesk* 77 : 5252-5260, 25 novembre 1933).
- GOURDON et GUILLAUME. — Gonacrine et méningococcie à type pseudopalustre. (*Sté de Méd. milit. franç.* N° 4 avril 1933, t. 27, p. 114-116).
- LAPORTE, DARNAUD et TAMALET (L.). — Méningococcémie de forme palustre évoluant depuis trois mois. (*Sté de Méd. de Chir. et de Pharm. de Toulouse.* Sce du 8 juillet 1938, in : *Toulouse med.* N° 19, 1^{er} octobre 1938 p. 557).
- MAIRE (G.), MELNOTTE (P.) et ACCOYER (H.). — Méningococcémie à type pseudo-palustre à forme lente. Guérison. (*Rev. méd. de Nancy*, 66 : 652-658, 15 juillet 1938).
- RAFFRAY (R.). — Contribution à l'étude du traitement de la septicémie méningococcique à forme pseudo-palustre par l'endo protéine. (*Thèse de Paris* 1936. *Jouve et Cie.* Edit. Paris).
- RENAULT (J.), BRUN-ROME et MASSELOT (F.). — Pseudo-paludisme méningococcique chez un nourrisson de huit mois. (*Bull. Soc. pédiat.* Paris 1919, 17 : 225-231).
- RITOSSA. — Sur un cas de méningococcémie à évolution subaiguë de type pseudo-malarique. (*Minerva medica*, 14 avril 1938, p. 416).
- ROGER (H.) et POURSIDES (Y.). — La méningococcie à forme pseudo-palustre. (*Marseille méd.* N° spéc. 2 135-162, 25 octobre 1930).

SCHAEFFER (H.) Méningococcémie à type pseudo-palustre
(*La Presse méd.* N° 28, 5 avril 1930, p. 475).

VEILLON, MARTIN (R.) et ROUX (E.). — Un nouveau cas de
septicémie à méningocoques à type pseudo-pa-
lustre guéri par la chimiothérapie acridinique.
(*Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 53 : 1343-
1346, 2 décembre 1929).

VIGNE. — Méningococcémie à forme pseudo-palustre et
avec ostéalgies se prolongeant depuis un an. (*Co-
mité méd. des Bouches du Rhône. Sce* du 21 no-
vembre 1930).

VIGNOT. — Contribution à l'étude des méningococcémies
à forme de fièvre intermittente. (*Thèse de Paris*
1925. M. Vigne. Edit. Paris).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV.
